

---

## ZUSAMMENFASSUNG

---

### ÄRZTLICHE PRAXIS IN HAFTEINRICHTUNGEN

#### ***WIRKSAMKEIT DER RICHTLINIEN DER SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN ZUR AUSÜBUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT BEI INHAFTIERTEN PERSONEN***

Mai 2009

Dominique Sprumont  
Gaël Schaffter  
Ueli Hostettler  
Marina Richter  
Jean Perrenoud

## 1. Mandat

Das Institut für Gesundheitsrecht (IGR) der Universität Neuenburg (UniNe) wurde auf Ersuchen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) von der Konferenz schweizerischer Gefängnisärzte (KSG) beauftragt, einen Bericht über die Wirksamkeit der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) «*Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen*» beziehungsweise über deren Bedeutung für die ärztliche Praxis in Hafteinrichtungen zu erstellen.

Diese Studie wurde in zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wurden die Regelungen eruiert und analysiert, die für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen gelten. Anschliessend wurde die heutige Praxis in zwei Anstalten analysiert, in denen sich ein breites Spektrum der Fragen stellt, mit denen Gefängnisärztinnen und Gefängnisärzte in der Schweiz üblicherweise konfrontiert sind.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine Steuergruppe eingesetzt, die gegenüber den Personen, die an der Studie mitarbeiten sollten, eine Vermittlungsrolle übernahm. Dieser Gruppe gehörten Vertreter der Schweizerischen Konferenz der Institutionen des Justizvollzuges (SKIJ), der KSG und der Expertengruppe des IGR an (siehe Anhang).

Um ein möglichst breites Spektrum von Situationen entsprechend dem Anstaltstyp abzudecken und den Gegebenheiten in den verschiedenen Konkordaten Rechnung zu tragen, hat die Arbeitsgruppe eine Liste von Anstalten erstellt, deren Regelung in der ersten Phase analysiert wurden. Dabei waren die folgenden Kriterien massgebend: Sprache, Grösse, Vollzugstyp, in der Anstalt betreute Personengruppen. Angesichts des Mandats und der verfügbaren Mittel wurde beschlossen, die polizeilichen Hafteinrichtungen (unter der Leitung der Polizeikommandanten) und die Hafteinrichtungen im Hinblick auf Ausweisungen (Ausschaffungsgefängnisse) von der Studie auszunehmen. Von den Anstalten für Kinder, Jugendliche und/oder junge Erwachsene wurde zudem nur jene von Pramont berücksichtigt. Diesbezüglich ist allerdings festzuhalten, dass diese Einrichtungen Fragen aufwerfen, die eine eigene, spezifische Studie rechtfertigen würden.

Schliesslich wurden die folgenden Anstalten in die Studie einbezogen:

• Konkordat der Nordwest- und Innerschweiz (AG, **BE**, BL, **BS**, **LU**, OW, **NW**, SO, SZ, UR, **ZG**):

1. [Anstalten Hindelbank](#), Hindelbank (BE);
2. [Massnahmenzentrum St. Johannsen](#), Gals (BE);
3. [Untersuchungsgefängnis Basel-Stadt Waaghof](#), Basel-Stadt (BS);
4. [Wauwilermoos](#), Egolzwil (LU);

5. [Kantonales Untersuchungs- und Strafgefängnis des Kantons Nidwalden](#), Stans (NW);
6. [Interkantonale Strafanstalt Bostadel](#), Menzingen (ZG);

• Ostschweizer Konkordat (AI, AR, GL, **GR**, **SG**, SH, TG, **ZH**):

7. [Kantonale Strafanstalt Sennhof](#), Chur (GR);
8. [Strafanstalt Saxerriet](#), Salez (SG);
9. [Strafanstalt Pöschwies](#), Regensdorf (ZH);

• Konkordat der lateinischen Kantone (FR, **GE**, **JU**, NE, **TI**, **VD**, **VS**):

10. [Prison de Champ-Dollon](#), Thônex (GE);
11. Prison de Porrentruy, Pruntrut (JU);
12. [Penitenziario Cantonale „La Stampa“](#), Lugano (TI);
13. [Etablissements de la Plaine de l'Orbe](#), Orbe (VD);
14. [Centre éducatif de Pramont](#), Granges (VS).

Für den Strafvollzug sind zwar *grundsätzlich* die Kantone zuständig (Art. 123 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV]), doch der Bund *kann* in diesem Bereich Vorschriften erlassen (Art. 123 Abs. 3 BV). Die Artikel 74 ff. des Strafgesetzbuchs sowie die Bundesverfassung (Art. 48a Abs. 1 Bst. a BV) geben den Kantonen somit einen minimalen Rahmen für den Straf- und Massnahmenvollzug vor und verpflichten sie zur interkantonalen Zusammenarbeit in diesem Bereich. Da der Bund jedoch seine Rechtsetzungsbefugnis nicht ausgeschöpft hat, gilt weiterhin das kantonale Recht. Die derzeitige Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen führt zu grossen Ungleichheiten. Diese hängen vor allem mit den (drei) Konkordaten sowie mit der Art und Weise zusammen, wie die Gesetzgebungsmethode und -systematik und der Strafvollzug in den einzelnen Kantonen organisiert sind. Diese Unterschiede hatten zur Folge, dass die Recherchen zu den Regelungen der einzelnen untersuchten Kantone sowie die Synthese und Zusammenstellung der erfassten Vorschriften sehr aufwendig waren. In dieser Analyse wurden auch die internen Richtlinien der Anstalten sowie die fachlichen Standards wie die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften berücksichtigt.

## **2. Durchführung**

Der Bericht, der im Anschluss an diese Studie verfasst wurde, umfasst zwei Teile: einen ersten Teil zu den rechtlichen Aspekten und einen zweiten zur Praxis, die vor Ort festgestellt wurde. Im ersten Teil wird zunächst das System der Patientenrechte in der Schweiz dargelegt (Quellen und Wechselwirkungen). Als Nächstes werden die Richtlinien der SAMW zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen und ihr Inhalt präsentiert, bevor schliesslich die kantonalen Rechtsvorschriften in den Bereichen analysiert werden, die von den Richtlinien abgedeckt werden. Der zweite Teil enthält einen Überblick über zwei Anstaltsbesuche, mit dem die verschiedenen Fragen aufgezeigt werden sollen, die sich in der Schweiz bei der ärztlichen Tätigkeit in Gefängnissen stellen.

## **3. Analyse der kantonalen Rechtsvorschriften und der Richtlinien der SAMW**

### **3.1. Patientenrechte**

Bevor die Richtlinien einer Analyse unterzogen werden, ist es angebracht, sie in einen breiteren Kontext zu stellen und die Patientenrechte allgemein zu betrachten. Auf diese Weise lässt sich der Geltungsbereich der erwähnten Richtlinien besser erfassen.

Die Patientenrechte sind an sich nur die Verwirklichung der Persönlichkeitsrechte im weiteren Sinn im spezifischen Bereich der Beziehung zwischen Arzt und Patient oder zwischen Gesundheitsfachperson und Patient. Sie sind somit nicht neu, obwohl sie erst kürzlich im kantonalen Recht kodifiziert wurden. Denn sie wurzeln in verschiedenen schon früher bestehenden Quellen wie dem Zivilgesetzbuch, dem Strafgesetzbuch, dem Verfassungsrecht sowie öffentlich-rechtlichen Normen auf nationaler und internationaler Ebene. Zurzeit besteht im schweizerischen Recht kein einzelnes Gesetzbuch, das alle Patientenrechte erfasst.

Einige Kantone haben das Patientenrecht in ihrem Gesundheitsrecht kodifiziert. Diesbezüglich bestehen verschiedene Modelle: ein Kapitel im Gesundheitsgesetz, im Gesetz über das Gesundheitswesen, im Spitalgesetz oder im Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen oder ein spezifisches Gesetz zu den Patientenrechten. Je nach Fall sind die Patientenrechte in einem Gesetz oder in einer Ausführungsverordnung geregelt. Schliesslich weisen die entsprechenden Bestimmungen auch einen unterschiedlichen Detaillierungsgrad auf. Nur wenige Kantone haben die Patientenrechte überhaupt nicht zusammengefasst. So enthalten alle in der letzten Zeit erlassenen Gesundheitsgesetzgebungen ein Kapitel zu dieser Frage. In Bezug auf die Rechte der Personen, die an einer Arzt-Patient-Beziehung beteiligt sind, besteht eine ganze Typologie.

Diese Rechte sollen im Folgenden kurz in Erinnerung gerufen werden, wobei zu beachten ist, dass sie allgemein in der ganzen Schweiz gelten. Ihre Einschränkung bedarf nach Artikel 36 der Bundesverfassung zumindest einer formellen gesetzlichen Grundlage, die im öffentlichen Interesse sein muss, dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit entsprechen muss und nicht zu Diskriminierung führen darf.

### **3.1.1. Recht auf Gesundheit**

Das Recht auf Gesundheit entspricht dem Recht jeder Person auf den bestmöglichen Gesundheitszustand, den sie in einem gesunden physischen und sozialen Umfeld und mit einem angemessenen Zugang zur medizinischen Versorgung erreichen kann. Dieses Recht auf Gesundheit zieht grundsätzlich nicht direkt einen Anspruch auf staatliche Leistungen nach sich. Dies hängt jedoch teilweise vom berücksichtigten Gesundheitsbegriff ab, der entsprechend den Umständen, aber auch entsprechend dem Status der betroffenen Person unterschiedlich sein kann.

### **3.1.2. Freie Wahl des Leistungserbringers und Verweigerung aus Gewissensgründen**

Die Beziehung zwischen einer kranken Person und der Gesundheitsfachperson untersteht dem Vertragsrecht, genauer gesagt handelt es sich um einen Auftrag. Im schweizerischen Recht ist die freie Wahl des Vertragspartners und somit des Arztes grundsätzlich garantiert. Dieses Recht wird nicht nur durch den vertraglichen Aspekt der Beziehung zum Arzt, sondern auch durch die Tatsache gestützt, dass es jedermann freisteht, frei über die eigene Person zu verfügen und somit die Gesundheitsfachperson auszuwählen, die die Behandlung übernehmen soll.

Ebenso, wie ein Patient die Person auswählen kann, die ihn behandeln soll, kann sich diese übrigens weigern, einen Patienten zu behandeln, sofern diese Weigerung nicht das Recht des Patienten auf Behandlung oder sein Recht auf Gesundheit verletzt.

### **3.1.3. Freies Einverständnis nach Aufklärung**

Jeder ärztliche Eingriff stellt eine widerrechtliche Verletzung der Persönlichkeitsrechte im Sinn des Zivil- und des Strafgesetzbuchs dar. Die Widerrechtlichkeit der Verletzung kann jedoch durch das Einverständnis des Patienten aufgehoben werden, das somit als entscheidender Rechtfertigungsgrund des ärztlichen Eingriffs, aber auch als grundlegende Voraussetzung der Arzt-Patient-Beziehung erscheint.

Damit das Einverständnis gültig ist, muss es mehrere Bedingungen erfüllen: Es muss von einer urteilsfähigen Person stammen, die somit über die erforderliche Einsichtsfähigkeit in Bezug auf den Eingriff verfügen muss, mit dem sie sich einverstanden erklären muss. Zudem muss das Einverständnis aus freien Stücken erteilt werden, d. h. es darf nicht durch Druck, Beeinflussung oder Lügen herbeigeführt werden. Und schliesslich muss das Einverständnis in Kenntnis der Sachlage erteilt werden; es kann somit erst erteilt werden, nachdem der Patient hinreichend über die Situation aufgeklärt wurde. Wenn ein Eingriff von grosser Tragweite ist oder wenn keine Dringlichkeit besteht, muss im Übrigen eine Bedenkfrist eingehalten werden.

#### **3.1.4. Recht auf Information**

Damit der Patient sein Einverständnis nach Aufklärung erteilen kann, müssen ihm ausreichende, klare Informationen abgegeben werden, die ihm ermöglichen, sich frei eine Meinung zu bilden. Das Recht auf Information betrifft nicht nur das Einverständnis. Es dient dem Patienten auch zur Willensbildung und somit zur Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts.

Die Information muss klar, (für den Patienten) verständlich und umfassend sein. Sie muss sich namentlich auf alle Aspekte der Diagnose, der Behandlung, der therapeutischen Alternativen mit den entsprechenden Erfolgschancen und Risiken, auf die Kosten, deren Übernahme durch die Versicherungen und auf das Verhalten beziehen, das nach der Behandlung zu beachten ist. Der Arzt muss sich vergewissern, dass der Patient die Informationen verstanden hat, und sie auf den einzelnen Patienten abstimmen.

#### **3.1.5. Recht auf Vertraulichkeit**

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient betrifft die Privatsphäre. Alles, was sich auf die Gesundheit einer Person bezieht, muss zudem auch deshalb geschützt werden, weil es sich unter dem Gesichtspunkt der Persönlichkeitsrechte um besonders schützenswerte Daten handelt. Im Übrigen geht es nicht nur darum, die Privatsphäre des Patienten zu schützen, sondern auch das Vertrauen in den Arzt zu gewährleisten. Denn nur unter der Voraussetzung, dass der Arzt seine Schweigepflicht wahrt, kann ihm der Patient die höchst persönlichen Informationen frei anvertrauen, die notwendig sind, um die Diagnose zu stellen und die Behandlung zu organisieren.

Jede Gesundheitsfachperson ist verpflichtet, für jeden Patienten, den sie behandelt, eine Krankengeschichte zu führen und darin alle Angaben festzuhalten, die für die Betreuung ihres Patienten erforderlich sind. Dazu gehören zum Beispiel die Anamnese und der Krankheitsverlauf, die vorgeschlagenen und die durchgeführten Behandlungen sowie die

erzielten Ergebnisse, die Resultate von Analysen sowie die Informationen, die dem Patienten abgegeben wurden. Diese Krankengeschichte ist als solche geschützt und der Patient hat das Recht, frei darin Einsicht zu nehmen.

### **3.2. Die Richtlinien von 2002 der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen**

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist eine privatrechtliche Stiftung, die 1943 gegründet wurde. Sie dient der Ärzteschaft in der Schweiz als Reflexionsorgan. Neben weiteren Tätigkeiten fördert die SAMW die Forschung und die ärztliche Ausbildung. Seit Ende der 60er-Jahre erlässt sie zudem Richtlinien und Empfehlungen zu Fragen der medizinischen Ethik, die den Ärztinnen und Ärzten bei ihrer praktischen Tätigkeit als Orientierungshilfe dienen sollen. Heute bestehen rund 20 derartige Dokumente zu verschiedenen Bereichen, in denen sich besonders komplexe ethische Fragen stellen. Zu erwähnen sind beispielsweise die Richtlinien über die Feststellung des Todes, zu Grenzfragen der Intensivmedizin oder zur Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Industrie. Diese Richtlinien stellen einfache Empfehlungen dar, die von oder für die Ärzteschaft verfasst werden. Doch ihnen kommt auch eine normative Geltung zu. Erstens hat das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung anerkannt, dass sie allgemein die Regeln der ärztlichen Kunst zum Ausdruck bringen. In diesem Sinn lässt sich anhand dieser Richtlinien beurteilen, ob ein Arzt nicht fahrlässig, sondern unter Einhaltung seiner Standespflichten gehandelt hat. Zweitens nimmt der Bundesgesetzgeber oder der kantonale Gesetzgeber teilweise ausdrücklich auf diese Richtlinien Bezug. In diesem Fall wird von einem Verweis gesprochen. Der Verweis kann direkt sein, wenn im Gesetz die Richtlinie, auf die verwiesen wird, genau zitiert wird, oder indirekt erfolgen. Zudem kann der Verweis statisch sein, indem die Version der fraglichen Richtlinie genau angegeben wird, oder er kann indirekt sein, wobei auf die Richtlinie «in ihrer letzten Version» verwiesen wird. Im letzteren Fall stellt sich ein ernsthaftes Problem in Bezug auf die Wahrung des Legalitätsprinzips, da der Gesetzgeber nicht wissen kann, welche allfälligen Änderungen an der Richtlinie nach ihrer Erwähnung im Gesetz vorgenommen werden. Allgemein wird ein derartiger indirekter Verweis in der Lehre stark kritisiert und von der Rechtsprechung nur unter bestimmten Umständen zugelassen.

Die SAMW hat 2002 Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen erlassen. Diese sollen die wichtigsten Patientenrechte in Erinnerung rufen, die im Freiheitsentzug gelten, um den Ärztinnen und Ärzten, die in derartigen Situationen tätig sind, eine Orientierungshilfe zu bieten. Diese Richtlinien haben keine eigene Geltung. Sie

orientieren sich weitgehend an den internationalen Empfehlungen zur medizinischen Versorgung von inhaftierten Personen, insbesondere an den Empfehlungen des Europarates, und bringen die derzeitige ärztliche Ethik zum Ausdruck. Ein wesentlicher Punkt ist, dass die Richtlinien nur einen Teil der Patientenrechte abdecken, die im Gefängnis anwendbar sind. Sie gehen somit nicht über die Bestimmungen hinaus, die in diesem Bereich bereits bestehen. Mit anderen Worten, abgesehen von einem idealen anzustrebenden Ziel beschränken sie sich darauf, die Mindestgarantien zu übernehmen, die auf schweizerischer und europäischer Ebene breit akzeptiert und anerkannt sind. Die Richtlinien der Akademie stellen somit Mindestanforderungen dar, an denen sich der Arzt orientieren soll.

In den Richtlinien liegt der Schwerpunkt deshalb vor allem auf jenen Rechten, deren Einhaltung im Gefängnis am ehesten Anlass zu Besorgnis gibt, insbesondere in Bezug auf den Zugang zur Behandlung, die freie Wahl und den Datenschutz. Unter dem Gesichtspunkt der Berufspraxis werden in den Richtlinien vor allem die folgenden Punkte betont: die Notwendigkeit, dass der Arzt in der Beziehung zu seinen inhaftierten Patienten seine Unabhängigkeit wahren kann, sowie der spezifische Ausbildungsbedarf.

### **3.3. Analyse der kantonalen Rechtsvorschriften, die für Haftanstalten gelten**

Bei der Durchsicht der kantonalen Rechtsvorschriften im Rahmen der vorliegenden Studie wurde festgestellt, dass nur wenige Kantone die Frage der medizinischen Behandlung von inhaftierten Personen sowie deren Rechte als Patienten spezifisch regeln. Dies könnte sich als problematisch erweisen. Denn nach Artikel 36 der Bundesverfassung muss jede schwerwiegende Einschränkung eines Grundrechts in einem formellen Gesetz geregelt. Somit kann sich ein Problem in Bezug auf die Wahrung der Grundrechte der inhaftierten Personen ergeben, da diese in der Praxis Einschränkungen ihrer Rechte als Patienten unterstehen könnten, obwohl keine hinreichenden gesetzlichen Grundlagen bestehen. Die Situation ist von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich. Allerdings bleibt diese Einschätzung rein formell; sie besagt nichts über die Realität in den Kantonen und in den betreffenden Einrichtungen, in Bezug auf die uns keine Probleme im Zusammenhang mit den Patientenrechten bekannt sind. Falls es jedoch zu Einschränkungen dieser Rechte kommen sollte, besteht Rechtsunsicherheit. Somit erscheint eine detailliertere Analyse in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den betreffenden Einrichtungen notwendig zu sein, um die Situation genauer abzuklären und gegebenenfalls die erforderlichen gesetzgeberischen Anpassungen vorzuschlagen.

In mehreren Kantonen sind die Rechte der inhaftierten Personen in Bezug auf ihre Gesundheit und den Zugang zur medizinischen Versorgung in formellen Gesetzen festgelegt. Die Einschränkungen, die sich aus diesen Gesetzen ableiten, entsprechen somit



grundsätzlich den Anforderungen von Artikel 36 der Bundesverfassung. Von den Kantonen, deren Rechtsvorschriften analysiert wurden, trifft dies auf BE, GE, TI, VD, VS und ZH zu.

In den Kantonen BS, GR JU, LU, NW, SG und ZG besteht grundsätzlich keine explizite gesetzliche Grundlage auf der erforderlichen Stufe (kantonaies Gesetz): Dort sind die Rechte der inhaftierten Personen nur in Rechtstexten von niedrigerem Rang (Verordnungen oder Ausführungsreglemente) geregelt, ohne dass eine solidere gesetzliche Grundlage vorliegt. In diesen Kantonen könnten allfällige Einschränkungen der Rechte der inhaftierten Personen als Patienten den Anforderungen der Verfassung nicht genügen. Den Kantonen BS, LU, SG und ZG wäre es grundsätzlich möglich, die Grundrechte der inhaftierten Personen übermässig einzuschränken.

#### **4. Überblick über die ärztliche Praxis in Gefängnissen anhand von zwei Beispielen**

In der Phase II wurden zwei unterschiedliche Anstalten besucht, um mittels eines explorativen Vorgehens (Dokumentenanalyse, leitfadengestützte Gespräche und Beobachtungen) einen Einblick in die ärztliche Praxis zu erhalten. Es werden daher nicht die einzelnen Anstalten als exemplarische Fälle behandelt, sondern zentrale Faktoren für das ärztliche Handeln im Kontext des Schweizer Strafvollzugs abgeleitet.

Die medizinische Versorgung im Strafvollzug hat dem Äquivalenzprinzip zu genügen. Wobei die freie Arztwahl im Kontext des Strafvollzugs gezwungenermassen eingeschränkt ist und in etwa einem Hausarztmodell entspricht. Die freie Therapie- und Behandlungswahl wird durch die Überweisung in Spitäler oder an spezialisierte Dienste garantiert. Es ist Aufgabe des Arztes, einem etwaigen Druck standzuhalten und das Arztgeheimnis zu wahren. Die Medikamentenabgabe hat durch ApothekerInnen zu erfolgen. Dies ist jedoch gerade in konsiliarischen Systemen schwierig zu erfüllen, was, um Fachkräfte zu ersetzen, vielerorts zu technischen oder organisatorischen Zwischenlösungen führt.

Für die Anwendung von Richtlinien wie sie die SAMW ausgearbeitet hat und damit für die ärztliche Praxis ist die Frage der Unabhängigkeit und deren Regelung zentral. Bei der Unabhängigkeit geht es um eine fachliche Trennung des medizinischen Bereichs von demjenigen der Anstaltsführung. Im Bereich der Regelung bewegt sich das Spektrum von formalisierten Regelungen bis zu fehlenden formellen Regeln und damit zu informellen Übereinkünften. Beschreibt man das ärztliche Handeln mit den Begriffen der Unabhängigkeit und der Regelung, so lassen sich schematisch vier Typen darstellen:

(1) Es existieren keine formellen Regelungen, die dem medizinischen Dienst eine fachliche Unabhängigkeit garantieren würden. Der medizinische Dienst sieht sich in einer

Abhängigkeitsposition gegenüber der Direktion und muss seine Entscheidungen bzgl. der medizinischen Versorgung der InsassInnen den Zielen und Interessen der Anstalt unterordnen.

(2) Es existieren zwar keine formellen Regelungen, auf der informellen Ebene sind sich Direktion und medizinischer Dienst aber ihrer Rollen bewusst und verhalten sich dementsprechend. Die Zusammenarbeit beruht auf gegenseitigem Vertrauen und einer informell gut funktionierenden Kommunikation. Die Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes ist aufgrund der Informalität der Regelung aber von den Personen abhängig und die Kontinuität dieser Situation kann bei personellen Veränderungen stark gefährdet sein.

(3) Es bestehen zwar Regelungen, doch sind sie defizitär, indem sie die Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes ungenügend oder gar nicht garantieren. Dieses Rechtsdefizit führt dazu, dass der medizinische Dienst sich in Abhängigkeit zur Anstaltsleitung befindet und sich nicht auf die bestehenden Regelungen berufen kann, da diese den Status quo stützen.

(4) Im Falle einer formell geregelten Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes beruht die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Direktion auf klaren Regelungen und Weisungen. Durch die Formalität der Regelungen besteht die Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes auch unabhängig von den Personen und ihrem Verhältnis zueinander.

Verschiedene Faktoren beeinflussen die konkrete Zusammenarbeit zwischen medizinischem Dienst und Direktion. Die **Grösse** der Anstalt führt zu einer unterschiedlichen Ausstattung mit Ressourcen und bedingt, dass spezifische Lösungen in der Organisation des medizinischen Dienstes gefunden werden. Durch den **Vollzugsauftrag** entstehen unterschiedliche Anforderungen an den medizinischen Dienst (Strafdauer, Art der Massnahme, Sicherheit etc.). Der Föderalismus führt in einigen Kantonen zu **zentralen** und in anderen zu **dezentralen** Lösungen der medizinischen Versorgung. Bei dezentralen Lösungen muss die ärztliche Unabhängigkeit jeweils auf der Ebene jeder einzelnen Anstalt neu ausgehandelt werden. Anstalten in einem **städtischen Umfeld** profitieren vom existierenden breiteren medizinischen Angebot. Das Äquivalenzprinzip in Bezug auf freie Therapie- und Behandlungswahl ist in diesem Sinne relativ zur bestehenden medizinischen Versorgung in der Region zu sehen. Geschlossene Anstalten nutzen hingegen aus Sicherheitsgründen die Sicherheitsabteilungen an der Insel (Bern) und den HUG (Genf). Zunehmend entwickelt sich in den Anstalten eine ganzheitliche Auffassung von Gesundheit mit dem Ziel alle Aspekte einem Gesamtkonzept der **betrieblichen Gesundheit** sowohl auf der Ebene der strategischen Planung als auch in der operativen Umsetzung unterzuordnen. Obschon diese

Frage für die Besuche nicht zentral war, ist der Faktor **Geschlecht** der InsassInnen und des medizinischen Personals nicht zu vernachlässigen. In den letzten Jahren hat sich die **Gesundheitssituation der InsassInnen** in verschiedener Hinsicht verändert. Spezielle Herausforderungen stellen Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, HepC) sowie zunehmende psychische Krankheiten dar. Erstere führten zu Sicherheitsbedenken unter Mitarbeitenden und letztere resultierten in einer gewissen Überforderung von Laien.

## Conclusions / Schlussfolgerungen

1. Les Directives de l'Académie établissent les principes minimaux nécessaires du point de vue des droits des patients et des obligations professionnelles du médecin.	1. Die Richtlinien der SAMW stellen die minimal notwendigen Grundlagen für Fragen zu Patientenrechten und zu ärztlichen Pflichten dar.
2. Du point de vue du contenu, les droits des patients sont les mêmes dans toute la Suisse.	2. Aus inhaltlicher Sicht sind die Patientenrechte in der ganzen Schweiz gleich.
3. Du point de vue formel, il y a cependant des variations qui ne concernent pas seulement les procédures, mais aussi les autorités compétentes et la propre organisation des soins médicaux.	3. Aus formeller Sicht gibt es jedoch Unterschiede: dies betrifft nicht nur die Verfahrensweisen sondern auch die zuständigen Behörden respektive die eigentliche Organisation der medizinischen Versorgung.
4. Du point de vue des compétences et des responsabilités professionnelles, il faut clairement distinguer les services pénitentiaires (direction et personnel) et les services médicaux (médecins et soignants). Dans la fourniture des soins, les médecins et les soignants sont professionnellement indépendants. Autrement dit, le personnel administratif et d'encadrement n'est pas compétent pour prendre des décisions de soins et ne doit pas interférer dans la relation patient-médecin/soignant. A l'inverse, les services médicaux ne doivent pas davantage interférer dans le champ de compétences du personnel pénitentiaire	4. Bezüglich der professionellen Kompetenzen und Pflichten sollte zwischen Gefängnisadministration (Leitung und Mitarbeiter) und dem medizinischen Dienst (Ärzte und Pflegepersonal) strikt unterschieden werden. Ärzte und Pflegepersonal sind in der Ausübung ihrer beruflichen Pflegetätigkeit unabhängig. Mit anderen Worten sind die administrativen Mitarbeiter und die Kader nicht kompetent, Entscheidungen zu treffen, die den Kompetenzbereich des medizinischen Dienstes tangieren. Sie sind nicht befugt, in die Beziehung Arzt/Pflegepersonal und Patient einzugreifen. Umgekehrt ist der medizinische Dienst ebenso wenig befugt in den Kompetenzbereich des Gefängnispersonals einzugreifen.